

N° 118

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Douleurs Osseuses

DE CROISSANCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1899

Par Gustave DAUDÉ

Né le 11 février 1872

à Saint-André-de-Majencoules (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (*)..... ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....	GRYNFELT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv...	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N....
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (*).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé
Clinique ann. des mal. des vieillards.....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire* ; F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*

Examineurs de la Thèse

MM. BAUMEL, <i>président</i> .	MM. GALAVIELLE, <i>agrégé</i> .
DUCAMP, <i>professeur</i> .	VIRES, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ces Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE GABRIEL

G DAUDÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

Professeur de clinique des maladies des enfants

Adjoint au maire de Montpellier

Officier de l'Instruction publique

A TOUS MES MAÎTRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

G. DAUDÉ

AVANT-PROPOS

A notre père, à notre mère, nous dédions ce modeste travail comme témoignage de piété filiale et d'affection.

Au terme de nos études, nous sommes aussi heureux de profiter de cette bonne coutume qui nous permet de nous acquitter publiquement de la grande dette de reconnaissance contractée envers tous nos maîtres.

Que MM. les professeurs Carrieu, Grasset, Tédénat et Forgue reçoivent ici l'expression de notre vive gratitude pour le brillant enseignement clinique qu'ils nous ont donné, les conseils éclairés qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Merci aussi à M. le professeur-agrégé Lapeyre pour l'amicale sollicitude qu'il nous a toujours témoignée. Nous sommes heureux de pouvoir lui en exprimer ici toute notre reconnaissance.

Nos remerciements également à tous nos autres maîtres de la Faculté, qui, à des titres divers, ont pris part à notre éducation médicale.

M. le professeur Baumel nous a initié aux difficultés de la clinique infantile. Il a bien voulu nous donner l'idée de ce travail. C'est sous sa direction et aidé de ses conseils que nous en sommes venu à bout : il nous fait aujourd'hui l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

N'ayons garde d'oublier enfin M. le Dr Andrieu, chef de clinique médicale des enfants. Nous conservons à cet excellent ami un reconnaissant souvenir pour les notes qu'il a mises si obligeamment à notre disposition.

INTRODUCTION

Le modeste travail que nous soumettons aujourd'hui à la bienveillante appréciation de nos juges nous a été suggéré par M. Baumel, professeur de clinique des maladies des enfants.

C'est, en effet, sur les conseils de ce maître distingué, que nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale : *Des douleurs osseuses de croissance*.

Ces douleurs ont été fort peu étudiées ; la plupart des auteurs, dans leurs descriptions de la fièvre de croissance, se contentent de les signaler. Elles ont été englobées, en effet, dans le cadre de cette pyrexie, comme symptôme ; nous allons essayer de les en dégager, de montrer leur existence particulière, leur indépendance.

C'est sur les conseils de notre distingué professeur M. Baumel, que nous avons commencé à étudier les douleurs osseuses de croissance, laissant de côté tout ce qui ne rentre pas strictement dans le cadre que nous nous sommes imposé. La question a été à peine ébauchée ; nous tâcherons de combler les lacunes qui existent, autant qu'il nous sera possible. Si nous y parvenons, le mérite sera pour le maître qui nous a dirigé dans ce travail.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DOULEURS OSSEUSES
DE CROISSANCE

Pathogénie, Étiologie, Anatomie pathologique

Rappelons d'abord brièvement le mode de développement des os longs, développement qui se continue pendant toute la période de la croissance.

Il se fait en largeur et en longueur. En largeur, il est le résultat du dépôt de lamelles osseuses nouvelles d'origine périostique, et en longueur il se fait par l'addition aux extrémités de l'os, de formations nouvelles qui résultent de l'ossification des cartilages de conjugaison.

L'accroissement des os en longueur est donc la fonction exclusive des cartilages de conjugaison qui pendant toute la durée de la croissance prolifèrent et fournissent constamment de nouveaux éléments à l'ossification.

Ce fait depuis longtemps connu a reçu une belle confirmation par les expériences de M. Ollier, de Lyon.

Cette ossification se fait 1° par des points dits primitifs, dans les parties centrales des os (diaphyses des os longs, centre des os courts) et la plupart d'entre eux ont déjà paru

dans le cours de la vie fœtale, 2° par des points complémentaires ou épiphysaires. Ceux-ci apparaissent beaucoup plus tard, dans l'épiphyse des os longs, et beaucoup d'entre eux n'apparaissent qu'au moment de la puberté. Dans les observations que nous rapportons, nous retrouverons ces douleurs épiphysaires de la puberté.

Le développement de l'os, quand il cesse d'être régulier donne parfois naissance à certaines manifestations morbides. Ce n'est pas le plus souvent au moment où l'organisme infantile présente la plus grande activité, ce n'est ni dans les premiers mois ni dans les premières années de la vie qu'on les observe, alors que le corps de l'enfant subit des transformations rapides et profondes. Elles ne se déclarent que plus tard, dans la seconde enfance, dans l'adolescence, lorsque le taux normal d'accroissement annuel étant réduit à 5 ou 6 centimètres, une poussée subite vient doubler ou tripler en quelque mois cette augmentation physiologique.

C'est surtout entre onze et seize ans que l'organisme reçoit ce coup de fouet. Il est plus rare de l'observer avant comme après cet âge.

La cause elle-même des poussées de croissance échappe souvent ; on voit des enfants rester petits jusqu'à l'âge de 10 ou 12 ans et se développer tout à coup avec une rapidité extraordinaire. L'hérédité, l'atavisme peuvent jouer un rôle dans ce cas.

La cause déterminante se trouve certainement dans les conditions hygiéniques ou morbides dans laquelle se trouve le sujet. L'enconbrement dans les villes, la sédentarité scolaire, la privation d'air pur et d'exercice physique, l'insuffisance de la nourriture y prédisposent ; aussi ces troubles sont-ils bien plus fréquents dans les villes que dans les campagnes. A l'appui de cette assertion nous donnons les deux observations qui suivent rapportées par Comby 24 Août 1888, (*Archives générales de Médecine*).

OBSERVATION I

Les maladies de croissance, Comby, *Archives générales de Médecine*,
février 1890

*Fille de 12 ans. Croissance rapide à la campagne
Pas d'accidents 24 Août 1888*

Cette jeune fille âgée de 12 ans et quelques mois, a été élevée à la campagne : elle n'est à Paris que depuis peu de jours, et ne vient au dispensaire que pour un impetigo aigu de la face. Frappé de sa vigueur, de son embonpoint et de sa taille élevée, je demande quelques détails sur la croissance de cet enfant. La mère me répond qu'elle a grandi cette année de toute la tête ; c'est une exagération sans doute, mais il est certain que l'enfant a subi une véritable secousse de croissance ; or elle n'a présenté aucune manifestation morbide.

OBSERVATION II

Les maladies de croissance, Comby, *Archives générales de Médecine*.
Février 1890.

*Jeune fille 12 ans et demie Croissance rapide à Paris.
Faiblesse et douleurs, céphalées névralgies. (20 Août 1888.)*

Cette jeune fille aussi grande que la précédente, est loin d'avoir sa force et son embonpoint. Elle aurait grandi d'après sa mère, qui met tout sur le compte de la croissance de 15 centimètres en 1 an. En même temps, elle s'est affaiblie, elle accuse des maux de tête avec des bouffées de chaleur à la face, essoufflements, syncopes de temps à

autre. Il existe en outre des névralgies intercostales passagères, mais récidivantes, et un état nerveux général avec anesthésie pharyngée, sans antécédents héréditaires.

Les influences morbides sont beaucoup plus faciles à saisir. En général, toute maladie qui condamne l'enfant à un repos horizontal prolongé l'expose à un accroissement rapide de son squelette. Ce fait a été mis en lumière par Auboyer (Thèse de Paris 1881) qui a relevé dans la littérature médicale bon nombre de faits curieux de croissance exagérée ayant succédé à des maladies aiguës.

La fièvre typhoïde paraît être la maladie qui influe le plus sur l'accroissement des os en longueur. Pour en expliquer le mécanisme Bouchard (Société clinique de Paris, janvier 1897) s'exprime ainsi : « Cet allongement reconnaît deux « facteurs principaux : 1^{er} la position horizontale prolongée « qui a pour effet d'annuler la pression réciproque des os ; « 2^e la congestion irritative de la moelle osseuse, qui fait « proliférer les zones épiphysaires et donne un coup de fouet « à la croissance. »

Dauchez (Journal des sciences médicales de Lille, juillet 1887) précise davantage. Après avoir parlé de la douleur de croissance il en cherche la cause et la trouve dans « l'hypergenèse des tissus portant spécialement sur le tissu « osseux au moment de la croissance, hypergenèse parfois « tellement rapide que les sujets grandissent en quelques « semaines de 3, 4, 5, 6 et 10 centimètres et aboutissent à « l'osteïte, à des degrés divers, depuis la douleur simple « (Céphalée) jusqu'à l'osteïte épiphysaire fémorale, radiale, humérale ou enfin à l'ostéoméylite des adolescents. »

Les douleurs de croissance ne peuvent seules procurer la mort. Nous n'avons pu trouver aucun cas d'autopsie pour nous montrer les lésions de l'os. Nous nous en tiendrons à ce que dit Bouilly à ce sujet (Gazette des hôpitaux 1883.)

« Les lésions, si tant est qu'il en existe, sont insaisissables
« dans l'immense majorité des cas. Je suis fort disposé à
« croire qu'il s'agit simplement de poussées congestives,
« véritable exagération du travail physiologique normal. »

Etude de la douleur et de quelques accidents parallèles

Nous avons dit avec Bouchard et Dauchez, dont nous acceptons les explications, que la cause des douleurs osseuses de croissance résultait de l'hypergénèse du tissu osseux, qui est parfois tellement rapide qu'il en résulte, en quelques semaines, un énorme accroissement de la taille ; que cette hypergénèse pouvait par son intensité aboutir à l'ostéite à des degrés divers, depuis la douleur simple jusqu'à l'ostéite épiphysaire et à l'ostéomyélite des adolescents.

Prenons maintenant ces douleurs et étudions-en successivement les caractères dominants.

Elles sont très fréquentes. L'os n'est modifié d'aucune façon appréciable ni dans sa forme ni dans son volume, mais l'enfant souffre soit spontanément, soit pendant la marche ou par la pression. Lorsqu'elles sont spontanées, ces douleurs sont assez vagues, c'est vrai, assez difficiles à localiser et occupent surtout les membres inférieurs qui supportent le poids du corps et les fatigues de la marche. Provoquées, au contraire, elles ont un siège parfaitement précis, que nous leur assignerons dans chaque cas.

Les membres supérieurs ne sont pas à l'abri de ces localisations, les douleurs y sont dans l'immense majorité des cas moins fortes, mais tenaces et presque aussi fréquentes.

Deux observations personnelles recueillies dans le service de M. le professeur Baumel, nous ont nettement mon-

tré que les membres supérieurs étaient presque aussi douloureux que les membres inférieurs.

Née dans le cartilage de conjugaison et résultant de troubles nutritifs du côté de ces cartilages, on conçoit aisément que cette douleur se montrera de préférence dans ceux qui prolifèrent le plus. Si nous empruntons ici les chiffres de Reclus, nous voyons que pour l'humérus, le cartilage de l'extrémité supérieure donne 7 en longueur tandis que celui de l'extrémité inférieure donne 1. Du côté du radius et du cubitus, le cartilage de l'extrémité inférieure donne 2 contre celui de l'extrémité supérieure qui donne 1. Pour le membre supérieur, ce sont donc les cartilages éloignés du coude qui fournissent le plus d'os, et partant, ceux dans lesquels on trouvera la douleur la plus accentuée.

Au membre inférieur, le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur donne 4, tandis que celui de l'extrémité supérieure donne 1 ; par contre, ce sont les cartilages supérieurs du tibia et du péroné qui donnent 4, tandis que les inférieurs donnent 1. A l'inverse de ce qui a lieu pour le membre supérieur, c'est donc ici, dans les cartilages les plus rapprochés de l'articulation du genou qu'on trouvera ce maximum d'intensité de la douleur.

Dans son remarquable article sur la fièvre de croissance, Reclus nous donne une confirmation de ce que nous avançons : « La douleur, dit-il, doit être cherchée de préférence aux épiphyses les plus fertiles. »

Nous avons observé le fait, il est du reste consigné dans deux observations personnelles que nous rapportons plus loin. Ajoutons aussi, pour être complet, que toutes les apophyses peuvent être envahies, aussi bien celles des os courts que celles des os longs.

Comme intensité, on n'en doute pas, elles comprennent tous les degrés, depuis le plus bas jusqu'au plus élevé. Une intensité moyenne est le cas le plus fréquent ; mais nous pensons aussi qu'il existe une relation directe entre elle et

la rapidité de l'allongement de la taille. Ce qui peut nous autoriser à émettre cette idée, c'est la remarque que nous en avons faite, en lisant les observations écrites par les auteurs. Toutefois, nous ne considérons pas cette règle comme absolue, trop de facteurs apportant leur contingent de condition pour qu'un seul d'entr'eux puisse suffire à établir une mesure.

Mais nous n'avons pas voulu passer sous silence cette remarque, et nous regrettons fort que le cadre de ce travail ne nous permette pas d'essayer d'élucider ce point intéressant.

Comme évolution, ces douleurs ont toujours la même. Arrivées rapidement à leur maximum d'intensité, elles restent à ce stade un temps plus ou moins long, variant de quelques jours à quelques mois, et disparaissent enfin graduellement de façon à ne plus être appréciables un peu avant la terminaison de la poussée de croissance.

En même temps, s'atténuent aussi souvent, mais sans disparaître encore de longtemps, plusieurs autres symptômes qui fréquemment accompagnent ces douleurs : céphalée, troubles cardiaques, etc., que nous ne faisons que citer en passant. Ils seront étudiés plus loin.

L'on conçoit très bien, en effet, que le système osseux n'est pas seul en jeu dans la croissance ; le cœur, le cerveau, tous les viscères doivent aussi subir une augmentation de volume. augmentation qui ne peut que donner naissance à des troubles passagers des fonctions des principaux du moins de ces divers organes (céphalée, palpitations cardiaques non accompagnées de souffles, troubles dans le fonctionnement du système nerveux, etc.).

Ces douleurs que nous venons d'étudier en leur donnant un siège précis, que l'on localise facilement par un examen attentif, les auteurs les admettent aussi, et les placent aux mêmes endroits. Il en est cependant quelques-uns, Comby, par exemple, qui leur donnent parfois un caractère assez

vague, sans trop de prédominance épiphysaire et qui en attribuent la cause au nervosisme du sujet. Cette opinion est parfaitement admissible ; quelques cas de ce genre peuvent se présenter, mais ils sont la rare exception, et leur existence bien que parfaitement démontrée, ne peut en rien renverser nos idées basées sur l'immense majorité des cas.

* Nous plaçons ici, à l'appui de cette étude le résumé de quelques observations empruntées à la publication de Comby (*Arch. gén. de méd.*, février 1890). Elles se rapportent parfaitement à notre sujet et contribuent à prouver qu'il existe parfaitement un syndrome de douleurs osseuses de croissance.

OBSERVATION III

(Résumée)

*Fille de 12 ans. Croissance très rapide faiblesse générale.
Douleurs dans la tête et les membres inférieurs.*

Cette jeune fille, trop grande pour son âge, a déjà subi une poussée de croissance, il y a deux ans, à la suite de la fièvre typhoïde ; elle ne présente pas de vergetures. Cette première poussée n'est pas comparable à celle qui nous occupe aujourd'hui : En six mois (novembre 1887 à mai 1888), l'enfant aurait grandi de 14 centimètres. Elle est pâle, agitée, nerveuse ; l'appétit est très diminué. Depuis trois mois, elle accuse un malaise général avec céphalalgie frontale et douleurs dans les jambes. Veut-on préciser le siège de ces dernières douleurs, on obtient la confirmation qu'elles occupent la diaphyse et l'épiphyse, mais qu'elles s'irradient aussi dans une portion du tibia.

A la suite de plusieurs mois de traitement par l'hydrothérapie (douches froides) et le fer, l'état général s'est relevé et l'enfant a cessé de souffrir.

OBSERVATION IV

(Résumée)

Fille de 11 ans. Croissance très rapide. Douleurs dans les membres. Dyspepsie et anémie.

Cette enfant, dont je recueillis l'observation le 9 novembre 1887, était très pâle, ses muqueuses étaient décolorées et son état général laissait beaucoup à désirer. Elle était maigre, mangeait peu et souffrait de l'estomac après les repas. Son sommeil était souvent interrompu par des cauchemars. Avec cette dyspepsie assez accusée, coïncidait une anémie qui ne se révélait pas seulement par la décoloration de la peau et des muqueuses, mais aussi par un souffle cervical continu avec renforcement; quand on appuyait un peu sur le stéthoscope, ce souffle devenait musical. En même temps, l'enfant se plaignait de douleurs siégeant au cartilage supérieur de conjugaison des tibias sans déformations osseuses. Tous ces désordres, douleurs, dyspepsie, anémie, avaient succédé à une poussée de croissance que les parents n'avaient pas mesurée, mais qu'ils avaient jugée considérable au raccourcissement apparent des vêtements. Traitement par le fer et les douches froides. Guérison.

OBSERVATION V

(Résumée)

Fillette de 7 ans. Croissance rapide. Gastralgie. Douleurs dans les jambes.

Cette petite fille, observée le 28 mai 1889, se plaint depuis 15 jours de douleurs dans les jambes. Ces douleurs ne

s'accompagnent d'aucun gonflement, d'aucune déformation appréciable. Elles semblent être en rapport avec une poussée de croissance, car l'enfant a grandi d'une façon exagérée depuis quelques mois. En même temps elle est pâle, mais ne présente pas de souffle au niveau des vaisseaux du cou. Outre les douleurs osseuses des membres inférieurs, elle accuse des douleurs au creux épigastrique et à la région dorsale, l'appétit est languissant. Traitement par les douches froides et le sirop d'iodure de fer.

OBSERVATION VI

(Résumée)

Fille de 11 ans. Croissance exagérée. Douleurs dans les jambes.

Cette enfant, que je voyais pour la première fois le 27 août 1888, a grandi de 5 centimètres en trois mois; elle est devenue pâle, maigre; l'appétit est diminué, la soif très vive; elle se plaint de douleurs à la tête et aux jambes. L'enfant se fatigue au moindre effort et recherche constamment la position horizontale. Traitement par les douches froides. Guérison.

OBSERVATION VII

Résumé

Fillette de 10 ans. Croissance exagérée. Douleurs aux jambes. Chutes fréquentes.

Cette petite fille, observée le 27 juin 1888, a grandi beaucoup depuis 6 mois; à la suite de cette croissance rapide, elle est devenue très faible et, depuis quelques semaines,

elle accuse des douleurs qui occupent la diaphyse des tibias. Comme conséquence de ces douleurs et de la faiblesse qui les accompagne, je signalerai des chutes fréquentes, tellement fréquentes, que les deux genoux présentent à leur face antérieure, des tâches écchymotiques.

Ne pourrions-nous pas tirer parti du contenu de ces divers résumés d'observations très intéressantes. Si, certainement. Nous y voyons d'abord l'existence de la douleur osseuse apyrétique ; mais nous croyons pouvoir aussi en dégager le fait suivant. C'est que leur auteur ne s'est peut-être pas suffisamment appliqué à chercher un point douloureux fixe. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que un point obscur n'ait pas été tout d'un coup éclairé d'un jour complet ?

Avant de continuer par quelques observations plus précises sur ce sujet, disons un mot d'une affection osseuse qui est bien nettement et directement sous la dépendance du travail de croissance. Ce sont les exostoses de développement. Nous allons les trouver signalées, il est indispensable de leur consacrer quelques lignes. Broca et ses élèves les ont fort bien étudiées. Parmi eux M. Soulier a jeté le plus de clarté sur leur pathogénie. Cet auteur en effet a montré le parallélisme qui existe entre leur développement et celui du squelette, et prouvé que ces tumeurs proviennent d'une « hypergénèse avec déviation du cartilage de conjugaison ». Elles occupent de préférence la face interne de l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité supérieure du tibia et du péroné. C'est dans ces trois points que nous les avons nous-mêmes trouvées chez deux petites malades du service de M. le professeur Baumel. Elles siègent encore à l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, c'est-à-dire sur tous les points qui sont le siège de l'accroissement en longueur des os. Follin dit à leur sujet : « Dérivées du cartilage d'ossification,

« on les voit là où l'ossification est la plus active, l'allongement de l'os le plus rapide, le cartilage plus épais; en résumé ces exostoses se trouvent surtout aux extrémités des os longs, et principalement aux extrémités par lesquelles l'os croît le plus. Elles peuvent être multiples, se développent surtout de 11 à 20 ans, et plus souvent chez les garçons que chez les filles ».

Voici maintenant plusieurs autres observations dans lesquelles nous trouvons ces exostoses, en même temps qu'une douleur fixe au niveau du cartilage de conjugaison. Nous y remarquons aussi des douleurs vagues occupant la presque totalité de certains os, véritables névralgies, dont aidé par les conseils de notre maître, nous tirerons profit quand nous expliquerons la cause de la céphalée qui accompagne le plus souvent les douleurs osseuses de croissance.

OBSERVATION VIII

(Recueillie par le docteur Dauchez)

Céphalée de croissance. — Ostéite épiphysaire. — Hypertrophie cardiaque. — Amélioration par l'hydrothérapie.

Lucien L..., âgé de onze ans et demie, m'est amené le 1^{er} février 1887, par sa mère, pour me consulter au sujet d'une céphalée intense et rebelle, qui depuis quatre à cinq ans a forcé ses parents à lui faire suspendre tout travail intellectuel, mesure reconnue nécessaire par M. le Dr Blachez, consulté antérieurement à ce sujet.

Cet enfant, petit, d'une taille sensiblement au-dessous de la moyenne, raconte volontiers sa propre histoire. Habituellement bien portant, et n'ayant jamais subi les atteintes d'affections graves (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, méningite, etc.) il est pris, nous dit-il, dès le matin,

au réveil, de douleurs céphaliques frontales, fixes, continues, sans élancements, s'exaspérant par le travail et s'accompagnant de lourdeur avec pesanteur de tête, bouffées congestives, etc.

D'ailleurs, rien dans les antécédents héréditaires qui puisse venir jeter quelque lumière sur la cause de cette céphalée ; le père et la mère sont bien portants, aucun membre de la famille n'est goutteux, migraineux, rhumatisant. Enfin les parents interrogés isolément, nient résolument la syphilis, et m'assurent que leur enfant né à terme, a toujours été bien portant ainsi que ses trois frères aînés dont la santé ne laisse rien à désirer.

Pas d'altérations dentaires. Pas d'iritis. Aucune déformation crânienne appréciable. — Pour ces diverses raisons, je me crois autorisé à rejeter l'idée de syphilis.

J'ajouterai enfin pour écarter toute idée de simulation, que cet enfant, laborieux et actif, a beaucoup d'ardeur au travail, et que chaque année il a remporté au lycée Saint-Louis, plusieurs prix.

Indépendamment de la céphalée, le malade accuse quelque douleurs vagues le long du radius, dans les membres, notamment au niveau des épiphyses, de l'humérus, du fémur et des deux tibias qui me firent d'abord redouter une influence rhumatismale, d'autant que le malade, dont la classe, au lycée, était en sous-sol humide et prenait en outre ses ébats, dans une cour basse et resserrée entre quatre murs, sans écoulements pour les eaux pluviales.

Soumis au traitement classique du rhumatisme pendant quinze jours (salicylate de soude, poudre de Doover, frictions sèches, etc.) et n'en ayant éprouvé aucun bénéfice, je me crus autorisé à accepter l'idée d'une céphalée de croissance.

A ce syndrome venait en effet s'ajouter plusieurs éléments de diagnostic : 1° les douleurs épiphysaires des membres inférieurs et supérieurs ; 2° la présence de deux exostoses symétriques des têtes péronéales que je découvris depuis ;

3° une hypertrophie très nette de deux ventricules sans lésions d'orifice ; 4° la longue durée de la céphalée et son apparition entre dix et onze ans ; 5° l'existence d'une myopie récemment et rapidement apparue. Enfin l'inutilité des médications (y compris le repos à la campagne) conseillé également sans succès.

J'avais demandé que l'analyse des urines fut faite. Elle démontra qu'elles ne renfermaient ni sucre ni albumine (Densité normale, 1,018) malgré d'abondants précipités de phosphates et d'urates de chaux.

Néanmoins pour me mettre à l'abri de toutes les causes d'erreur je tentai, à titre d'essai, le traitement ioduré parallèlement à un traitement réparateur.

Le 1^{er} mars l'enfant est conduit à l'établissement hydrothérapique du Dr Tardivel, et soumis régulièrement à l'usage des douches (une chaque jour en jet brisé).

Dès le troisième jour, il se produit une amélioration notable. La céphalée du matin a disparu et ne reparait que deux ou trois heures dans l'après-midi, après le travail et la contention d'esprit.

Le 17 mars la céphalée a complètement disparu depuis le début du traitement. Les fonctions digestives s'exécutent régulièrement. Nous conseillons à Madame L... de poursuivre le traitement hydrothérapique, et au jeune malade de reprendre une heure matin et soir, l'habitude d'un travail intellectuel modéré.

En outre il s'est produit un notable apaisement des bruits du cœur, dû vraisemblablement à la sédation du système nerveux.

OBSERVATION IX.

*Céphalée de croissance. — Douleurs juxta-épiphysaires.
Hypertrophie du cœur de croissance.*

Recueillie par M. le Docteur DAUCHEZ.

Bigot E., 16 ans, grand, pâle, a toujours vécu dans sa famille jusqu'à l'âge de 15 ans. A cette époque il a perdu la même année :

- 1° Son père (d'accidents cardiaques).
- 2° Sa mère (de phtisie pulmonaire).
- 3° Son grand père (d'accidents goutteux).

Personnellement il a toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais présenté d'accidents rhumatismaux, il est seulement sujet aux bronchites.

Cet enfant se plaint : de douleurs de tête, rebelles, continues depuis six, huit mois — indépendantes des heures de travail — résistant à tous les traitements employés. Il n'a aucun trouble pupillaire.

2° Douleurs des membres, manifestement épiphysaires, et extra-articulaires, — sourdes, — spontanées — s'exagérant à la pression, localisées aux membres inférieurs à l'exclusion des membres supérieurs.

3° D'épistaxis fréquentes résistants aux insufflations de poudre d'alum et de quinquina, etc.

Nous trouvons en outre un cœur volumineux dont la pointe, (indépendamment de toute lésion d'orifice) bat dans le 6^e espace intercostal et donne à la main la sensation d'un choc et d'un frémissement des plus nets.

Traitement tonique. (Arséniate de fer, glycérine, etc.)

Ajoutons qu'en moins de six mois notre jeune malade a grandi de 8 à 10 centimètres et que sa garde-robe a dû être renouvelée.

OBSERVATION X. (Personnelle)

Elise F..., 13 ans 1/2, originaire de Clermont-l'Hérault entre dans le service de M. le Professeur Baumel, le 15 juin 1899.

Antécédents héréditaires et personnels, négatifs.

L'aspect extérieur de la malade ne laisse rien à désirer. Elle est d'une taille en rapport avec son âge, forte, le maintient respirant la santé, teint coloré. Elle est menstruée depuis trois mois, régulièrement chaque mois et d'une façon normale.

Elle entre, disons-le tout de suite pour une paralysie faciale gauche.

Au sujet de sa maladie elle raconte que depuis le 6 ou 7 juin elle éprouve une assez grande difficulté pour ramener les aliments sous les arcades dentaires. Elle nous dit être obligée d'aller avec ses doigts les chercher entre la joue gauche et les dents du même côté pour les mastiquer. Aussitôt ramenés ils s'échappent à nouveau et la malade est obligée de se livrer un grand nombre de fois à cet exercice désagréable chaque fois qu'elle veut manger. En même temps il existe une très grande difficulté pour siffler, la joue gauche restant inerte, le rire est aussi aboli de ce côté : Nous constatons en même temps un affaissement de la joue gauche et concluons à une paralysie faciale de ce même côté.

La cause de cette paralysie faciale serait due au froid. La malade deux jours auparavant était restée longtemps à la fenêtre d'un wagon.

Traitement : électricité.

Du 15 juin au 2 juillet la malade voit les fonctions perdues, revenir peu à peu dans la joue. Mais le 2 juillet elle se plaint

d'une douleur siégeant à la partie inférieure du fémur gauche. L'examen direct fait constater que cette douleur siége exactement au niveau du cartilage, de conjugaison, et l'exploration du fémur droit fait constater qu'une légère pression détermine aussi de la douleur au même endroit. Rien aux autres membres. On fait l'analyse des urines. Pas de sucre, pas d'albumine. L'appétit est bon. Température normale.

Le 4 juillet nous trouvons la jeune fille au lit. Elle ne s'est pas levé, nous dit-elle, parce que la marche détermine dans les genoux une souffrance trop forte. Nous constatons en effet une exaltation de la douleur du cartilage inférieur de conjugaison du fémur gauche. Au point symétrique de la cuisse droite la douleur a augmenté aussi. Nous recherchons immédiatement si la pression ne détermine pas de la souffrance aux cartilages supérieurs de conjugaison du fémur et nous constatons à cet endroit, le fémur droit douloureux. Les membres supérieurs ne sont pas exclus. Aux deux bras, aux cartilages supérieurs et inférieurs de l'humérus on remarque le même symptôme. De même au cubitus droit, au voisinage du coude.

En outre, de chaque côté de la colonne vertébrale presque tous les cartilages costaux sont douloureux à la pression, il n'en est pas de même aux attaches sterno-costales.

Il est un détail original et que nous sommes heureux de rapporter ici. M. le professeur Baumel s'aperçut par une exploration attentive, qu'au niveau du cartilage inférieur de conjugaison des deux fémurs, précisément au point douloureux il existait une tuméfaction, un gonflement, un bourrelet circulaire, ne présentant pas la consistance du tissu osseux mais plutôt légèrement dépressible. Tous les élèves du service ont été à même d'en constater la présence, d'être assurés que ce bourrelet n'avait ni la forme, ni la dureté d'une exostose et qu'il ne pouvait lui être confondu. Du reste le cartilage supérieur de l'humérus droit

présentait deux exostoses à la face interne, du volume d'un pois et donnant la sensation d'un corps étranger, dur, et absolument fixe.

L'enfant, le 4 juillet, passe à la toise, sa taille est de 1^m45.

10 juillet. Nous avons vu notre malade tous les jours, les douleurs depuis hier ont diminué d'intensité. Elles ont disparu aux bras sauf peut-être au cartilage inférieur de l'humérus gauche qui est encore sensible à la pression.

La malade se lève dans la journée, mais évite la fatigue et se couche de bonne heure. L'appétit est très bon. A aucun moment elle n'a eu de fièvre. Céphalée très légère.

15 juillet. La paralysie faciale est très améliorée, la malade rit et siffle un peu.

Il existe encore de la douleur aux cartilages inférieurs de conjugaisons des deux fémurs, mais elle est modérée, l'exploration de l'os est mieux supportée par la jeune fille et on constate une diminution du bourrelet formé autour du cartilage, il y a regression.

Le 22 juillet. Ce bourrelet a disparu à peu près complètement, les douleurs cessent d'être appréciables, la malade se lève et court comme à l'ordinaire, la paralysie faciale régresse toujours, la malade continue ses séances d'électricité. Elle demande à sortir dans quelques jours. L'enfant mesure 1^m4650, elle a donc grandi de 1 centimètre 1/2.

Le traitement a été : Eau de lactophosphate de chaux, 40 gr. par jour.

Douches en jet brisé.

Régime fortifiant.

OBSERVATION XI

(Personnelle, prise dans le service de M. le professeur Baumel)

Julie Ch..., 11 ans et demi, entre dans le service le 9 juin 1899.

Elle se plaint de quelques douleurs vagues entre les épau-

les, au niveau de l'estomac, dans les jambes. Palpitations. Elle est pâle, a peu de force. On porte le diagnostic : anémie légère.

Elle suit le traitement de l'anémie.

Du 9 au 20 juin, elle se plaint de maux de tête, légers, c'est vrai, mais persistants, qui durent une grande partie de la journée ; elle a des palpitations de cœur, mais l'auscultation ne révèle pas de souffle. Les digestions sont parfois difficiles ; les selles sont normales et assez régulières. Jamais de fièvre.

Le 20 juin, la malade est couchée au moment de la visite ; elle déclare souffrir des jambes et un peu des bras depuis déjà plusieurs semaines, mais elle n'osait le dire, ayant peur de se voir enlever la permission de prendre ses ébats dans le jardin. Un examen attentif nous permet de nous rendre compte du siège précis de la douleur. La malade nous montrait ses genoux en bloc, mais notre maître, M. Baumel eut bientôt découvert que l'articulation était parfaitement saine et que c'était dans les deux cartilages de conjugaison inférieurs du fémur et dans les deux supérieurs du tibia et du péroné que siégeait la douleur. Il fut procédé alors à l'examen des bras, et il fut aisé de constater que les deux cartilages de conjugaison de l'humérus droit étaient aussi envahis, et de même le cartilage supérieur du même os à gauche.

La malade est mise immédiatement au repos et reçoit, en outre de son traitement de l'anémie : Eau de lacto-phosphate de chaux, 40 gr. par jour. Sirop d'iodure de fer, 20 gr.

Les maux de tête persistent, surtout violents le matin ; le thermomètre reste négatif ; l'appétit bon, les selles régulières, peut-être un peu consistantes. Le cœur n'est pas hypertrophié, l'auscultation ne révèle pas de souffle.

Du 20 au 27 juin, état à peu près stationnaire, mêmes symptômes généraux, avec peut-être douleurs un peu moins

dres à la pression. A ce moment, on remarque que le cartilage de conjugaison inférieur des deux fémurs présente à la palpation un bourrelet élastique circulaire, et tel que nous le décrivons dans l'observation précédente pour la jeune Elise F... Il est cependant plus volumineux. Il existe de la constipation, due certainement au fer que la malade prend pour combattre l'anémie. Mesurée par nous à ce moment, nous trouvons une taille de 1,3525.

Du 27 juin au 6 juillet, pas de fièvre, régression de la douleur, qui peu à peu abandonne les avant-bras d'abord et les jambes en dernier lieu ; il y a aussi une très sensible diminution aux tibias et aux fémurs, mais ces derniers sont encore assez sensibles à la pression. Les palpitations restent les mêmes, la céphalée diminue un peu ; tout fait présumer que la fin de la crise aura lieu bientôt.

Le 10 juillet, la malade n'est pas encore complètement rétablie ; elle souffre, mais bien peu. Son état général est excellent. Elle est seulement ennuyée de la persistance de la céphalée et des palpitations. La température est toujours normale.

De jeunes enfants plus dangereusement malades demandant leur admission dans le service, la jeune C... quitte l'hôpital.

A ce moment là, elle mesure 1,365. Dans peu de temps, elle a donc grandi de 1 cent. $\frac{1}{4}$. Mais, détail plus intéressant, nous demandons à la mère si elle a remarqué que la taille de sa fille se soit élevée. Elle nous répond que, depuis trois mois, jour où elle a fait elle-même la robe que porte actuellement son enfant, celle-ci a grandi d'au moins 10 centimètres. Nous sommes aussi portés que n'importe qui à faire la part de l'exagération qu'il peut y avoir dans ce récit, mais mentionnons toutefois l'affirmation précise de la sœur du service, de l'infirmière qui assurent avoir constaté que le costume de l'enfant atteint beaucoup moins bas aujourd'hui que le jour de son entrée dans le service.

Nous venons de rencontrer la céphalée accompagnant la croissance. Aucun auteur n'en explique la cause. Notre maître, M. Baumel, nous en donne une explication, basée sur des observations personnelles. Nous sommes heureux qu'il nous autorise à la reproduire dans ce travail.

La céphalée de croissance est le résultat de l'excitation du trijumeau. Les maxillaires, les alvéoles dentaires de même que tout le reste de l'organisme, sont le siège d'un travail physiologique exagéré. Il y a afflux de sang, congestion presque, et quoi d'étonnant que les terminaisons nerveuses dentaires du trijumeau étant excitées, tous les filets de ce même nerf participent à cette irritation se traduisant par de la céphalée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous n'insisterons pas longtemps sur la distinction absolue que l'on doit établir entre les accidents de croissance et l'accroissement, parfois démesuré de la taille, qui résulte de certaines maladies.

Il est en effet d'observation vulgaire, que diverses pyrexies, par exemple, la fièvre typhoïde, amènent chez l'enfant, un développement de la taille, quelquefois anormal mais toujours sensible.

A ce propos M. le docteur Dauchez, rapporte le cas de deux enfants, « atteints l'un de méningite, l'autre d'accidents pulmonaires avec hyperthermie » chez lesquels la taille s'accrut dans des proportions considérables dans un laps de temps assez court.

Dans cette classe de maladies la taille est visiblement accrue sous l'influence de causes connues; mais il est d'autres affections pouvant simuler les accidents de croissance, sur lesquelles nous allons dire quelques mots :

En première ligne, citons comme cause d'erreur de diagnostic le rhumatisme articulaire.

Le médecin peut-être appelé auprès d'un enfant de 10 à 15 ans par exemple. Le jeune malade se plaint de douleurs aux genoux, la marche est impossible. Il existe de la céphalée, le cœur est hypertrophié avec ou sans souffle. Mettons encore qu'il existe dans la famille des accidents arthritiques. Enfin admettons aussi pour être complet, que c'est à

l'occasion d'une fatigue, d'une longue promenade, par exemple, que les accidents se sont révélés avec acuité, alors que l'enfant était jusqu'ici bien portant.

N'est-ce point la description classique d'une attaque de rhumatisme ?

En vérité la diagnostic serait parfois bien difficile sans un examen attentif. Le seul caractère vraiment distinctif se trouve dans le siège de la douleur. Dans le rhumatisme, les mouvements communiqués sont manifestement douloureux dans l'articulation. Par les mouvements de flexion et d'extension on arrive à sentir des craquements dans cette même articulation.

Dans la douleur osseuse de croissance, au contraire, il faut parfois éveiller la douleur par la pression, de plus son siège est extra-articulaire, au niveau des épiphyses. A ce dernier signe Bouilly accorde la valeur et la précision des points névralgiques. Ajoutons encore que l'ensemble des autres symptômes fera rejeter l'idée du rhumatisme.

Les exostoses dont nous avons rapporté quelques exemples, peuvent être soupçonnées d'origine syphilitique ; mais on remarquera qu'elles siègent aux endroits même du travail physiologique, c'est-à-dire au niveau de la zone d'accroissement des os. Ce n'est point là le lieu d'élection des exostoses syphilitiques, à moins toutefois de coïncidences fortuites que nous ne savons pas avoir été signalées.

La céphalée spécifique ; les douleurs ostéocopes seront plus rapidement éliminées.

Elles apparaissent le soir, et du reste le traitement amène assez vite une amélioration notable. Au contraire la céphalée de croissance est continue avec exacerbation matinale ; et pour elle, de même que le traitement du rhumatisme reste impuissant contre les douleurs juxta-épiphysaires, ici la thérapeutique reste désarmée, ou à peu près.

Citons aussi la confusion possible entre les accidents de croissance et le surmenage. Cette dernière affection se

reconnaîtra à ses circonstances étiologiques, au manque d'accroissement de la taille et enfin aux effets du repos intellectuel.

Ajoutons que la fièvre de croissance se reconnaîtra aux températures élevées et aux accidents cérébraux qui l'accompagnent souvent.

En résumé, c'est par l'ensemble des signes que nous venons d'énumérer, et par exclusion, que le diagnostic différentiel des accidents de croissance sera établi.

L'âge du sujet, la localisation juxta-épiphyssaire des douleurs, la marche de l'affection, l'impuissance presque absolue de tout traitement, le tout concordant avec un accroissement rapide de la taille, tels seront à notre avis les éléments du diagnostic.

En procédant ainsi, nous avons la conviction qu'il sera toujours formulé.

PRONOSTIC

Cette partie de notre sujet ne mérite pas un bien long chapitre. Le pronostic est, en effet, le plus souvent, d'une bénignité extrême, mais nous ne pouvons toutefois passer sous silence la possibilité d'accidents fort sérieux, nous voulons parler de l'ostéomyélite des adolescents. Que dans le cours, en effet, de ce travail physiologique exagéré il survienne un traumatisme considérable, une infection par plaie pénétrante, une infection venant par l'intérieur, le pronostic deviendra alors, on le comprend, assez sombre.

Dans les cas heureux, ce qui est l'ordinaire, l'enfant demeure longtemps triste. Au moindre exercice violent, il est fatigué, courbaturé. L'anémie qui résulte de sa croissance rapide, résiste parfois de longs mois aux traitements toniques les mieux compris.

Enfin l'hypertrophie du cœur qui accompagne parfois cette poussée de croissance peut être le point de départ d'accidents pathologiques qui surviendront plus tard.

TRAITEMENT

HYGIÈNE ET THÉRAPEUTIQUE

Il n'existe pas de traitement spécifique de la douleur osseuse de croissance ; tout au plus peut-on essayer de s'adresser à ses divers symptômes. Nous conseillons avant tout de s'adresser à l'état général.

L'hygiène fournit des armes puissantes et sûres : le séjour à la campagne, le repos intellectuel, l'exercice modéré exerceront une heureuse influence sur ces divers troubles. On y ajoutera une nourriture substantielle composée surtout : de lait, d'œufs (surtout le jaune, à cause de l'acide phosphoglycérique qu'il contient), de pain, dans lequel se trouvent des phosphates et de la chaux. Les crèmes, les fruits et surtout le raisin, les purées de légumes (lentilles et en général tous ceux qui contiennent beaucoup d'azote) seront employés avec succès ; de même les viandes grillées et tous les aliments gras (beurre, graisse).

La céphalée est en général très rebelle à la médication et ne disparaît que lorsque l'accroissement de la taille est terminé. Il sera bon de tenter de l'atténuer par l'emploi du bromure de potassium, des topiques calmants ou des révulsifs.

L'hydrothérapie, dont l'expérience a du reste sanctionné l'emploi, est appelée à rendre de grands services ; on fait prendre chaque jour au malade, deux douches en jet brisé,

de très courte durée. Il est bien entendu qu'on aura soin de défendre ces douches aux sujets qui réagissent mal ou qui sont entachés d'arthritisme ; car l'on pourrait voir survenir chez eux une attaque de rhumatisme.

Contre les douleurs juxta-épiphysaires d'une certaine acuité, on se contentera de prescrire le repos. Quelques auteurs conseillent d'entourer les membres de ouate saupoudrée de farine de moutarde ou imbibée d'huile de camomille chloroformée. Regnier approuve l'emploi combiné des bains tièdes et salés.

Nous avons dit que l'affection que nous venons d'étudier n'avait pas de remède spécifique. Il en est un cependant qui est bien près de mériter ce nom ; nous en avons à maintes reprises, dans le service de M. le professeur Baumes, constaté les merveilleux effets ; c'est le lacto-phosphate de chaux, formulé de la façon suivante pour un enfant de 11 ans environ :

Eau de lacto-phosphate de chaux, 40 gr. à prendre dans la journée mélangée à du lait.

Les lymphatiques s'accoutument en général fort bien du sirop d'iodure de fer.

Les vins de quinquina, de gentiane, de Colombo, de coca, dont on abuse souvent et auxquels on attribue des vertus apéritives, toniques, nutritives qu'ils n'exercent pas toujours, sont généralement contre-indiqués dans le traitement des maladies de croissance. En effet, tous ces extraits de plantes amères, dissous dans une forte proportion d'alcool, irritent les estomacs délicats, et la médecine infantile n'a pas à compter sur eux.

CONCLUSIONS

I. — Les douleurs osseuses de croissance doivent être exclues du cadre de la *fièvre de croissance*, dans lequel elles étaient comprises jusqu'à ce jour.

II. — L'hérédité, de mauvaises conditions hygiéniques, certaines pyrexies, et parmi elles, surtout la fièvre typhoïde favorisent l'éclosion de cette affection.

III. — La douleur dont l'étude est faite, se rattache à l'hypergénèse du tissu osseux et à une congestion irritative de la moelle osseuse.

IV. — Il existe souvent, accompagnant la douleur : de la céphalée que sur les conseils de M. le professeur Baumel nous rattachons à une névralgie du trijumeau : Des exostoses provenant d'une hypergénèse avec déviation du cartilage de conjugaison.

Un bourrelet circulaire, existant tout autour du cartilage de conjugaison, de consistance bien moindre que celle du tissu osseux, disparaissant peu à peu et pouvant être facilement différencié de l'exostose.

V. — Le diagnostic différentiel de la céphalée de croissance et de la céphalée syphilitique se fera grâce à leur moment d'apparition.

Les exostoses syphilitiques à moins d'une coïncidence encore peut-être non observée, ne se forment pas au niveau

du cartilage de conjugaison. En cas de crainte d'erreur, le traitement spécifique lèverait les doutes.

VI. — Le pronostic est favorable, malgré l'anémie résultante ; en appelant toutefois l'attention sur l'avenir pathologique du cœur.

VII. — Le traitement devra utiliser les ressources de l'hygiène : séjour à la campagne ; repos complet s'il y a douleur vive, dans le cas contraire, exercice modéré. Alimentation substantielle.

Les médicaments seront, le fer pour les anémiques à condition d'en surveiller l'administration ; le lacto-phosphate de chaux. Douches en jet brisé. D'après Régnier les bains tièdes et salés calmeraient les douleurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FOLLIN. — Traité de pathologie externe

DAUCHEZ. — Du diag. de quelques accidents de croissance. *Journal des Sciences médicales* de Lille juillet 1887

PETER. — De la fièvre desurmenage. *Semaine médicale* juin 1887

BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition

BLACHE. — *Revue des maladies de l'enfance*. Cephalalgie de croissance, 1883

BOUILLY. — Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*

BAUMEL. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants

GRANCHER. — *Maladies de l'enfance*. Tome IV

BEAUNIS ET BOUCHARD. — Anatomie humaine. Ossification

PETIT. — Thèse de Paris. De quelques accidents de croissance

BOUILLY. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. De la fièvre de croissance des enfants et des adolescents, sept 1890

RECLUS. — *Gazette des hôpitaux*. 22 novembre, 1890 De la fièvre de croissance

COMBY. — *Archives de médecine*, février et mars 1890. Les maladies de croissance

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 25 Juillet 1899.

Le Recteur,

A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 25 Juillet 1899.

Le Doyen,

L. VIALLETON.

